

Bureau de la Politique Sociale
Pensions et Accidents du Travail
18 avenue Mozart – BP 172
13276 MARSEILLE CEDEX 9
Tél. : 04 91 82 70 12 – Fax : 04 91 82 70 51

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL

A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée \geq à un an

VICTIME

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle :

.....

Tél. professionnel : Tél. personnel :

Adresse mail :

Si votre dossier doit être examiné en Commission de Réforme, souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ? : Oui Non

AFFECTATION

Statut : Titulaire CDI CDD

Position : Activité Détachement Mise à disposition

Grade : Date d'entrée à l'Inserm :

Délégation Régionale : Affectation :

Adresse de la structure :

.....

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure exacte de l'accident :

Lieu exact :

Nature et siège des lésions :

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? : Oui Non

Lieu où est allée la victime après l'accident (médecin, lieu de travail, hôpital, ...) :

Est-elle hospitalisée ? : Oui Non Où ? :

Suite probable : sans arrêt de travail avec arrêt de travail

VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

Nom du supérieur hiérarchique :

Adresse mail : Tél. :

Horaire de travail de l'agent le jour de l'accident :

L'accident est-il survenu pendant les horaires habituels de l'agent ? : Oui Non

L'agent portait-il les équipements individuels de sécurité prévus pour son activité ? : Oui Non Sans objet

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à le

Signature :

VISA DE LA DELEGATION REGIONALE

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

Pour les CDD : une copie du contrat et des éventuels avenants ;

Si position particulière (détachement, mise à disposition,..) : copie de la décision correspondante ;

En cas d'accident survenu en dehors du lieu de travail ou des heures réglementaires : une attestation en précisant les motifs ;

Le cas échéant : un rapport d'incident établi par le conseiller de prévention.

Dossier suivi par :

Médecin de prévention :

Gestionnaire Ressources Humaines :

Fait à le

Signature :